

Navn

CPR. nr.

Dato

Spørgeskema angående

Mulig astma

For at vi sammen kan finde frem til den rigtige diagnose og behandling af dine gener, vil vi bede dig om at besvare dette spørgeskema, og tage det med til samtalen hos speciallægen.

1. Har du nogensinde fået at vide, at du lider af astma?

1.b Hvis ja, årstal: ca. _____

Hvor fik du stillet diagnosen? _____

(Du kan se oversigt over dine indlæggelser/undersøgelser i sundhedsvæsenet på www.sundhed.dk)

2. Oplever du nogle af disse gener:

	I hvile	Ved anstrengelse
Åndenød	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trykken for brystet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pibende vejrtrækning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Hvis ja, hvor ofte mærker du så disse gener?

	Ja	Nej
Mere end 2 gange om ugen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Om natten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Bruger du anfaldsmedicin for astma?

Fx Bricanyl, Terbasmin eller Ventoline

Ja Nej

4.b Hvis ja, anvender du det mere end 2 gange om ugen?

Ja Nej

5. Har du indenfor det seneste år haft en forværring af astma?

Ja Nej

6. Oplever du af og til kløe i øjnene, løbenæse, stoppet næse eller nyseture (flere nys i træk)?

Ja Nej

7. Er du allergisk overfor pollen, dyrehår, støvmider eller skimmelsvamp?

Ja Nej

Hvis ja, hvilke(n): _____

8. Ryger du?

Ja Nej

8.b Er du tidligere ryger?

Ja Nej

8.c Hvis du er ryger/tidligere ryger

Hvor mange år har du røget i alt? _____

Hvor mange cigaretter har du i gennemsnit røget pr. dag? _____

Hvis du er tidligere ryger, hvilket årstal stoppede du med at ryge? _____

9. Får du medicin for astma?

Ja Nej

Hvis ja, hvilke(n): _____

10. Har du tidligere fået medicin for astma?

Ja Nej

Hvis ja, hvilke(n): _____